

Kostenbremse-Initiative und indirekter Gegenvorschlag

11. Mai 2023

In Kürze

Die Kostenbremse-Initiative der Mitte fordert, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im Rahmen der durchschnittlichen Lohnentwicklung und der Entwicklung der schweizerischen Gesamtwirtschaft pro Jahr zu begrenzen. Bei einer Überschreitung müssten kostensenkende Massnahmen umgesetzt werden. Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab, unterbreiten jedoch einen indirekten Gegenvorschlag. Gemäss dem Gegenvorschlag des Parlamentes soll der Bundesrat künftig Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen der darauffolgenden vier Jahre festlegen. Jeder Kanton kann sich daran orientieren und ebenfalls Kosten- und Qualitätsziele für diese vier Jahre festlegen.

Eine Kostenbremse oder auch Kostenziele packen das Problem nicht an der Wurzel. Die Problematik bleibt, dass die Vergütungen heute nicht qualitäts-, sondern mengenbasiert sind. Zu begrüssen sind hingegen verschiedene Begleitmassnahmen im Gegenvorschlag, die sich allerdings noch in der Differenzbereinigung befinden.



Ihre Kontaktperson bei der Groupe Mutuel

Luca Strebel

T. +41 79 244 04 68

Istrebel@groupemutuel.ch

Ausgangslage

2018 lancierte die damalige CVP und heutige Mitte die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)», welche sie 2020 einreichte. Der Bundesrat legte seine Botschaft Ende 2021 vor, wobei er die Initiative zur Ablehnung empfahl und gleichzeitig einen indirekten Gegenvorschlag unterbreitete.

Als Erstrat hat der Nationalrat in der Sommersession 2022 entschieden, den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates in verschiedenen Punkten anzupassen. In der Frühlingssession 2023 behandelte der Ständerat das Geschäft und schuf mehrere Differenzen zum nationalrätlichen Gegenvorschlag. Beide Räte lehnen die Initiative ab.

Das Geschäft wurde im Frühling 2023 in der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates behandelt und ist bereit für die Differenzbereinigung im Nationalrat in der Sommersession 2023.

Falscher Ansatz zur Kostendämpfung

Unterscheidung Kostenbremse, Kostenziel und Kostensteuerung

Die Kostenbremse-Initiative, der Gegenvorschlag des Bundesrates und jener des Parlamentes beruhen im Kern allesamt auf einem gemeinsamen Prinzip: Die Kosten sollen sich nur in einem bestimmten Rahmen entwickeln. Sie unterscheiden sich hinsichtlich besagtem Rahmen und den Massnahmen, die bei einer Überschreitung ergriffen werden.

Die **Kostenbremse-Initiative** schlägt vor, die Kostenentwicklung an die schweizerische Gesamtwirtschafts- und an die durchschnittliche Lohnentwicklung pro Jahr zu koppeln; dies

mit der Verpflichtung, bei einer Überschreitung von mehr als einem Fünftel der nominalen Lohnentwicklung kostensenkende Massnahmen umzusetzen. Die Massnahmen sollen von den Krankenversicherern und den Leistungserbringern getroffen werden oder, falls diese nichts unternehmen, vom Bund und den Kantonen beschlossen werden. Die Kostenbremse ist auf Verfassungsstufe vorgesehen.

Der **Gegenvorschlag des Bundesrates** (Modell **Kostenziel**; Art. 54-54e KVG) sah ein auf nationaler Ebene definierter Satz und eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge vor. Dieser Satz wäre dann auf die Kantone heruntergebrochen und auf die verschiedenen Kostenkategorien (stationärer und ambulanter Bereich in Spitälern, Ärzte in freier Praxis, Medikamente und andere Kostengruppen der OKP) verteilt worden. Bei Überschreitung der vorgegebenen Grenzen war die Prüfung von Korrekturmassnahmen angedacht.

Gemäss dem vom **Parlament beschlossenen Gegenvorschlag** (Adaption des Modells **Kostenziel**) soll der Bundesrat künftig nach Anhörung aller Akteure im Gesundheitswesen Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen für vier Jahre festlegen. Jeder Kanton kann sich daran orientieren und ebenfalls Kosten- und Qualitätsziele für vier Jahre festlegen. Zur Überwachung der Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche soll eine eidgenössische Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring geschaffen werden.

Erwähnt sei an dieser Stelle auch die **Kostensteuerung** (Art. 47c KVG), welche Bestandteil des 1. Massnahmenpaketes war. Dabei bestimmen die Tarifpartner gemeinsam eine akzeptable Kostensteuerung, wobei bei Nichteinhaltung Korrekturmassnahmen getroffen werden sollen. Diese Lösung stärkt die Rolle der Tarifpartner und ist zu begrüessen.

Kostenbremse und Kostenziele packen das Problem nicht an der Wurzel

Die Kostenbremse wie auch das Kostenziel weisen ähnliche Risiken auf: Es bestünde immanent die Gefahr **potenzieller Rationierung von Leistungen**. Der entsprechend verstärkte **Konkurrenzkampf zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens** um Budget- und Marktanteile setzt falschen Anreize und erhöht das Risiko, dass unnötige Leistungen erbracht werden. Das Silodenken zwischen den Kantonen und den Leistungserbringerkategorien würde verschärft. Dies während gleichzeitig die Rolle der Tarifpartner praktisch inexistent würde.

Nutzenbasierte Modelle wie Pay for Quality (P4Q) fördern

Statt die Kostenentwicklung starr zu deckeln, sollte eine Kostendämpfung angestrebt werden, indem die Über- und Fehlversorgung reduziert wird und Anreize geschaffen werden, qualitativ hochwertige, angemessene und wirksame Leistungen zu erbringen. Dies funktioniert nur über die Einforderung der Indikations- und Ergebnisqualität. Die Angemessenheit der Leistungen und die Ergebnisqualität sollen entsprechend nicht nur gefordert, sondern auch an die Vergütung geknüpft werden. **Dafür braucht es anreizorientierte Vergütungsmodelle**, wie den „**Pay for quality**“-Ansatz.

Kriterien für Indikations- und Ergebnisqualität könnten bei bestimmten Behandlungen unter anderem die Festlegung von **Therapiezielen** zwischen Patient und Leistungserbringer, die Einholung von **Zweitmeinungen**, die Einführung von **Garantie-Leistungen** für bestimmte Eingriffe oder Therapien, die Führung eines **Registers, in dem die Qualitätsbewertungen der einzelnen Leistungserbringer veröffentlicht werden**, sowie die Einführung von einheitlichen **PROMs** sein.

So entstünden eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung und Anreize zur Anwendung von angemessenen und wirksamen Behandlungen. Es würde endlich auch ein transparenter Einblick in die individuellen Qualitätsleistungen der Leistungserbringer geschaffen. Dabei ist für die Groupe Mutuel zentral: **Der Mehrwert für den Patienten muss stets im Zentrum stehen.**

Offene Differenzen beim Gegenvorschlag

Der Ständerat ist beim Kostenziel dem Nationalrat gefolgt, schaffte aber in verschiedenen anderen Punkten Differenzen, insbesondere bei folgenden zentralen Begleitmassnahmen:

HTA-Verfahren

Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, sollen anhand eines evidenzbasierten Verfahrens reevaluiert werden. Beide Räte unterstützen diese Evaluationsverfahren. Der Vorschlag des Ständerats ist jedoch präziser. Er definiert insbesondere, dass die zuständige Behörde die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens innerhalb eines Jahres berücksichtigen muss. Die SGK-N unterstützt diese Präzisierung.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt diese Massnahme, welche es ermöglicht, medizinische Techniken hinsichtlich ihres Nutzens sowie der Einhaltung der WZW-Kriterien zu bewerten. Die Präzisierung erlaubt eine verbindliche Umsetzung der Ergebnisse des Evaluationsverfahrens innerhalb einer angemessenen Frist.

Besondere Voraussetzungen für die Laboratorien

Um zu Lasten der OKP abrechnen zu können, sollen die Labors, die keine Analysen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchführen (Praxislabors), einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abschliessen. Der Ständerat wick hier ab und möchte keinen Systemwechsel bei der Finanzierung von Leistungen von Laboratorien. Die SGK-N hält am Entscheid des Nationalrates fest.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt die Position des Nationalrates. Der vom Preisüberwacher durchgeführte internationale Vergleich der Tarife für medizinische Analysen zeigt deutlich, dass die Schweizer Tarife erheblich über denen anderer europäischer Länder liegen. Das vorgeschlagene System ermöglicht es, die Tarifpartnerschaft zu stärken und den Wettbewerb zu fördern.

Genehmigung eines Tarifvertrages

Beide Räte sind sich einig, dass für die Beurteilung eines zur Genehmigung vorgelegten Tarifs eine Frist von einem Jahr festzusetzen ist. Der Nationalrat möchte zudem, dass wenn die Genehmigungsbehörde innert dieser Frist keinen formellen Entscheid trifft, ein Tarifvertrag in Kraft tritt, sofern die beitretenden Versicherer die Mehrheit der versicherten Personen vertreten sowie die beitretenden Leistungserbringer im Geltungsbereich des Tarifvertrags über 50 Prozent des Volumens abrechnen. Der Ständerat möchte den Vorschlag streichen, dass der Tarifvertrag in Kraft tritt, wenn kein formeller Entscheid vorliegt. Die SGK-N folgt dem Ständerat.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt die Position des Ständerates. Es ist sinnvoll, dass die zuständigen Behörden innerhalb einer angemessenen Frist

Stellung nehmen müssen. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist aber notwendig, dass ein Tarif formell durch die Genehmigungsbehörden angenommen werden muss, damit er angewendet werden kann.

Zusätzliche Kompetenzen für die Genehmigungsbehörden

Der Nationalrat möchte, dass der Bundesrat Anpassungen an den stationären Strukturen vornehmen könnte, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweisen und sich die Parteien dabei jedoch nicht auf eine Revision einigen können. Der Ständerat möchte diese zusätzlichen Kompetenzen streichen. Die SGK-N hält an der zusätzlichen Kompetenz fest.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt die Position des Ständerates auf Streichung. Dieser Vorschlag schwächt die Tarifpartnerschaft. Er ist unnötig, da im Bereich der stationären Tarife die verschiedenen Akteure eine Gesellschaft gegründet haben, um die Tarifstruktur zu entwickeln und auf dem neuesten Stand zu halten. Zudem werden dem Bundesrat regelmässig Verbesserungen vorgeschlagen.

Tarmed-Revision

Der Nationalrat möchte, dass der Bundesrat sofort Massnahmen ergreift, indem die überhöhten, nicht sachgerechten und nicht betriebswirtschaftlichen Vergütungen im Tarmed korrigiert werden. Der Ständerat lehnte dies ab. Eine Minderheit der SGK-N hält am Nationalratsentscheid fest.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt die Position des Nationalrates. Sie befürwortet den Grundsatz, dass überhöhte, nicht sachgerechte und nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen innerhalb einer Tarifstruktur korrigiert werden. Daher sollte dieser Vorschlag unterstützt werden.

Fazit

Die **Kostenbremse** wie auch das **Kostenziel** des Gegenvorschlages weisen ähnliche Risiken auf:

- Gefahr potenzieller **Rationierung** von Leistungen
- **Konkurrenzkampf** zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens um Budget- und Marktanteile
- Verschärfung des **Silodenkens** zwischen den Kantonen und den Leistungserbringern
- **Rolle der Tarifpartner** praktisch inexistent

Statt die Kostenentwicklung starr zu deckeln, sollte eine **Kostendämpfung** angestrebt werden, indem die **massive Über- und Fehlversorgung** reduziert wird und Anreize geschaffen werden, qualitativ hochwertige, angemessene und wirksame Leistungen zu erbringen. Dies funktioniert nur über die Einforderung der **Indikations- und Ergebnisqualität**. Dafür braucht es namentlich anreizorientierte Vergütungsmodelle, wie den **„Pay for quality“**-Ansatz. So würde endlich auch der Mehrwert für den Patienten im Zentrum stehen.

Bei den offenen Differenzen im Gegenvorschlag setzt sich die Groupe Mutuel insbesondere ein für die verbindliche Umsetzung der Ergebnisse von **HTA-Verfahren**, die Förderung der **Tarifpartnerschaft** und des Wettbewerbes bei den **Laboratorien** sowie rasche **Korrekturen** bei **Tarmed**.